Zavod za **pokojninsko in invalidsko** zavarovanje Slovenije

Sektor za nakazovanje pokojnin
SI 1000 Ljubljana, Kolodvorska ulica 15, t: +386/1 47 45 650, e: informacije@zpiz.si, www.zpiz.si

Številka dosjeja / Broj dosijea: | | | | | | | |

POTRDILO / POTVRDA O ŽIVOTU

Podatki upravičenca(ke) / Podatci umirovljenika(ce):
Ime in priimek, datum rojstva / Ime i prezime, datum rođenja:

Stalni naslov / Stalna adresa:

Začasni naslov / Privremena adresa:

Hrvaška davčna številka – OIB / Hrvatski porezni broj – OIB

Zgoraj navedena oseba je živa. / Gore navedena osoba je živa.

V nadaljevanju z X ustrezno označiti oz. ustrezno dopolniti / U nastavku s X odgovarajuće označiti, odn. odgovarajuće dopuniti:

Identifikacija osebe je bila preverjena na podlagi / Identifikacija osobe provjerena je na temelju

☐ osebne izkaznice / osobne iskaznice, številka / broj _____

☐ potnega lista / putovnice, številka / broj _____

☐ drug osebni dokument (navedite kateri) / drugog osobnog dokumenta (navedite kojeg) _____, številka / broj _____.

Kraj in datum / Mjesto i datum

_____

Žig in podpis pristojnega organa /
Žig i potpis nadležnog tijela

PROSIMO OBRNITE / MOLIMO OKRENITE

POMEMBNO / VAŽNO

Vpišite vašo identifikacijsko številko za davčne namene (TIN) v vaši državi bivanja / Unesite svoj porezni identifikacijski broj (OIB) u svojoj zemlji prebivališta.

TIN / OIB:_____ Država bivanja / Zemlja prebivališta: _____

V kolikor zavod vaše identifikacijske številke ne bo prejel najkasneje do 30. 10. 2029, vam bo izplačevanje prejemkov s 1. 1. 2030 ustavljeno / Ako zavod ne primi vaš identifikacijski broj najkasnije do 30. 10. 2029., od 1. 1. 2030. isplate primitaka bit će vam obustavljene.

IZJAVA UPOKOJENCA(KE) / IZJAVA UMIROVLJENIKA(CE)
V kolikor ste zaposleni oziroma opravljate samostojno dejavnost, označite z X. / Ako ste zaposleni, odnosno obavljate samostalnu djelatnost označite s X.

☐ DA / DA

Spodaj podpisani(a) izjavljam, da uveljavljam ugodnosti po mednarodni pogodbi o izogibanju dvojnega obdavčevanja. / Ja, dolje potpisani(a) izjavljujem da želim ostvarivati pogodnosti prema međunarodnom ugovoru o izbjegavanju dvostrukog oporezivanja.

Kraj in datum/Mjesto i datum

Podpis upokojenca(ke) ali zakonitega(e) zastopnika(ce)/
Potpis umirovljenika(ce) ili zakonskog zastupnika(ce)

_____ _____

OBVESTILO UPOKOJENCU / OBAVIJEST UMIROVLJENIKU
Potrdilo z izjavo je potrebno izpolnjeno in overjeno vrniti na naslov: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1000 LJUBLJANA najkasneje do _____ . V kolikor potrdila ne bomo prejeli do navedenega roka, vam bo izplačevanje pokojnine začasno ustavljeno (3. in 4. odst. 120. čl. ZPIZ-2, Ur. list RS, št. 96/12, 39/13, 102/15, 23/17, 40/17 in 65/17). / Potvrdu s izjavom potrebno je ispunjenu i ovjerenu vratiti na adresu: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1000 LJUBLJANA najkasnije do _____. Ako potvrdu nećemo primiti do navedenog roka, isplata mirovine bit će vam privremeno obustavljena (čl. 120., st. 3. i 4. ZPIZ-2, Sl. list RS, br. 96/12, 39/13, 102/15, 23/17, 40/17 i 65/17).

Potrdilo izpolni in potrdi pristojni organ državne uprave. / Potvrdu ispunjava i potvrđuje nadležno tijelo državne uprave.

Izjavo upokojenca izpolni in podpiše uživalec pokojnine. / Izjavu umirovljenika ispunjava i potpisuje korisnik mirovine.

Hkrati vas obveščamo, da bo zavod preko Potrdila pridobljeno tujo identifikacijsko številko koristil na podlagi dvostranskega dogovora o elektronski izmenjavi podatkov, ki ga je sklenil z nosilcem pokojninskega in invalidskega zavarovanja države vašega stalnega bivališča z namenom, da vam v bodoče ne bo potrebno posredovati Potrdila. / Ujedno vas obavještavamo da će zavod stranu porezni broj dobiven putem Potvrde koristiti na temelju dvostranog dogovora o elektroničkoj razmjeni podataka koji je sklopio s nositeljem mirovinskog i invalidskog osiguranja države vašeg stalnog prebivališta sa svrhom da ubuduće više nećete morati slati Potvrdu.

Na podlagi 119. člena ZPIZ-2 ste zavodu dolžni sporočiti vsako spremembo, ki vpliva na pravico do pokojnine ali na izplačevanje pokojnine, v 8 dneh po nastali spremembi. / Na temelju članka 119. ZPIZ-2 zavodu ste obvezni javiti svaku promjenu koja utječe na pravo na mirovinu ili na isplatu mirovine u roku 8 dana nakon nastale promjene.